LA FRANCE MÉDICALE

**SOMMAIRE**

**Gynécologie** : Cure radicale des tumeurs fibro-cystiques utérines et traitement des tumeurs fibreuses par la méthode du Dr Apostoli, par le Dr Le Bec. — **Bibliographie** : Etude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites par le Dr Mordret. — **Revue de la presse** : Un cas de syphilis et d'hémorrhagie cérébrale, par Capozzi. — **Académie des sciences** : Séance du 18 août 1890. — Présidence de M. Duchartre. — Sur une réaction caractéristique de la cocaïne. — **Académie de médecine** : Séance du 26 août 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Pyopneumo-thorax interlobaire d'origine traumatique. — **Association française pour l'avancement des sciences**. — Congrès de Limoges. — De l'asepsie en chirurgie. — Diagnostic de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. — Nodosités sous-cutanées rhumatismales produites par des embolies bactérifères. — **Congrès international de Berlin**. — 1re *section : Anatomie*. — Anatomie de l'épididyme. — Pathogénie des kystes spermatiques. 3e *section : Pathologie générale et anatomie pathologique*.— La participation des leucocytes à la formation des tissus. — Les altérations du myocarde. — Sur l'inflammation. — Mesures à prendre contre la diphthérie. — 5e *section ; Pathologie médicale*. — Causes et traitement du diabète sucré. — L'infection par les plaies comme cause de certaines formes de pneumonie fibrineuse. — 6e *section : Maladies des enfants*. — Digestions pancréatiques artificielles chez l'enfant à l'état de santé ou de maladie. — 7e *section : Chirurgie*. — Traitement chirurgical de l'invagination intestinale. — Résection de l'estomac et des intestins. — Pratique personnelle. — Traitement de l'anus contre nature. — Des indications de la lithotritie. — Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire. — L'incontinence nocturne d'urine chez les enfants. — 7e *section bis : Orthopédie*. — Traitement précoce du pied-bot congénital. — 8e *section : Obstétrique et gynécologie*. — Traitement des fibromes utérins et de l'ovaro-salpingite suppurée par les courants continus. — 9e *section : Neurologie et psychiatrie*. — Contribution à l'étude de l'hématomyélie et de la syringomyélie. — Chirurgie du système nerveux central. — **Nouvelles**. — **Index bibliographique**.

## GYNÉCOLOGIE

### Cure radicale des tumeurs fibro-cystiques utérines et traitement des tumeurs fibreuses par la méthode du Dr Apostoli (1),

par le Dr Le Bec,
chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Paris.

Tous les opérateurs sont unanimes à reconnaître que les tumeurs fibreuses utérines, quand elles ont atteint un certain développement, sont d'une gravité extrême, et les statistiques démontrent que l'intervention opératoire est plus désastreuse dans ces tumeurs que dans toutes les autres affections chirurgicales.

On s'est effrayé à juste titre de ces dangers, l'on a cherché à combattre ces tumeurs en tournant, pour ainsi dire, la partie périlleuse, c'est-à-dire l'acte opératoire.

De cette idée est née l'application de l'électricité, que notre confrère le Dr Apostoli, a étudiée, et de laquelle ila réussi à tirer une méthode thérapeutique connue sous le nom de méthode d'Apostoli.

Je n'ai pas l'intention d'introduire ici une discussion historique de la question. Je veux seulement faire connaître les résultats auxquels je suis arrivé, en appliquant purement et simplement cette méthode, soit en ville, soit dans mon service chirurgical à l'hôpital Saint-Joseph.

Cette méthode a donné de grandes espérances, justifiées dans certains cas, mais qui, entre mes mains, ne se sont pas toujours réalisées.

J'ai l'intention de chercher à préciser les cas dans lesquels elle est efficace, ceux dans lesquels elle est restée sans résultats, et en outre certaines particularités importantes à connaître pour diriger ses effets.

C'est une sorte de mise au point de la question, que je n'ai pas trouvée suffisante dans les travaux qui sont tombés sous mes yeux.

La méthode d'Apostoli consiste essentiellement dans les particularités suivantes :

1° Passage d'un courant continu à travers le fibrome.

2° Application d'un pôle sur le ventre, et de l'autre sur la tumeur, ou dans la tumeur même, par le chemin le plus direct.

3e Intensité élevée, pouvant atteindre 200 milliampères, pendant un temps qui varie de cinq à dix minutes en général.

La méthode dit que le courant doit être favorisé par une bonne pile, à débit constant, et ne pas subir d'interversion comme le faisait Apostoli lui-même, il y a quelques années.

Le Dr Apostoli applique sur le ventre un gâteau de terre glaise. J'ai trouvé plus facile de remplacer la terre par une large plaque d'amadou. On peut mouiller l'amadou avec de l'eau salée chaude, ce qui est plus propre et plus agréable en hiver.

J'ai reconnu que le courant passait mieux dans l'amadou. On verra dans mes observations que j'ai facilement atteint 250 milliampères, avec une moyenne de 8 à 9 éléments, de la pile au bisulfate de mercure de Gaiffe. Dans tous les cas, la tolérance de la peau a été

(1) Communication faite à la séance du 27 juillet 1890 de de la Société médicale du 7e arrondissement.

parfaite, les malades ne paraissaient nullement incommodées.

Le Dr Apostoli applique l'autre pôle sur la tumeur par le chemin le plus court, et cela par un des moyens suivants :

1° Introduction d'un trocart dans le myôme, en ponctionnant par le cul-de-sac postérieur, ou par le col suivant que la tumeur est accessible par un point ou par un autre.

2° Introduction d'un hystéromètre de platine, dans la cavité utérine, le plus profond possible, si la tumeur est inaccessible et ne peut être ponctionnée par le vagin.

Il parait utile d'arriver à une haute intensité — 100 à 250 milliampères pendant cinq minutes environ. Si la peau est saine, il ne se produit qu'une sensation de chaleur modérée.

En étudiant avec soin les observations qui suivent, on voit qu'il s'en dégage immédiatement la notion suivante : l'effet du traitement varie notablement suivant la structure histologique du myôme, le quel peut être : 1° *fibro-cystique*, 2° *myôme pur* ou bien 3° *mou* et à petites géodes.

Il est important d'étudier les effets du traitement dans ces trois formes successivement.

1° *Myôme kystique.*

J'ai eu à traiter trois tumeurs de ce genre et dans les trois cas, le kyste n'a été découvert qu'au moment de son ouverture, faite involontairement.

Tous les chirurgiens savent combien le diagnostic du kyste est difficile, si l'on se trouve en présence d'une tumeur fibreuse de forme parfaitement régulière, et également dure partout. Toutes ces difficultés se trouvent réunis, si le kyste est unique et les parois épaisses.

Ajoutez qu'il ne proémine pas dans le vagin, et que la tumeur fibreuse le couvre dans le ventre. Vous aurez ainsi réunies toutes les conditions qui peuvent rendre le diagnostic du kyste absolument impossible.

Dans ce cas on applique à l'aveugle le traitement électrique, dont les effets seront très variables, savoir : si le kyste n'est pas touché par le trocart, les effets peuvent être nuls ; si le kyste est touché, ils deviennent rapidement curatifs ou rapidement mortels, selon la conduite du chirurgien.

Examinons ces hypothèses.

1° Si le kyste *n'est pas touché* par le trocart, je crois que le traitement est sans effet, je ne pense pas que le courant électrique soit capable de faire diminuer la masse du liquide qu'il peut contenir. Du moins je n'ai rien vu qui puisse me le faire croire, l'observation n° 1 de Marie Char... en est la preuve. Tout au plus pourrait-on se demander si le courant passant dans la masse entière de la tumeur peut avoir une influence sur la constitution *chimique* du liquide et en déterminer la décomposition soit directement, soit par une modification vitale des parois. C'est là un point important sur lequel je n'ai pas la moindre notion.

2° Si le kyste *est touché* par le trocart, il en est tout autrement, et mes observations me permettent de parler d'une manière plus affirmative.

La ponction des parois du kyste par le trocart détermine la formation d'une eschare ; petite si le courant passant par l'aiguille était positif, plus large si le courant était négatif. Cette eschare très étroite est plus ou moins profonde selon la limite de pénétration du trocart, et elle peut arriver au contact du liquide du kyste.

La présence de cette partie mortifiée dans la paroi entraîne logiquement une altération vitale et chimique du liquide, lequel se transforme rapidement en pus.

Il est de toute importance que l'opérateur soit prévenu de cette transformation du kyste, car de la conduite du chirurgien résultera la guérison radicale du kyste ou la mort de la malade.

Voici en effet ce qui se passe. Dans les deux cas que j'ai observés le pus avait une odeur infecte, au moment où j'ai ouvert le kyste pour le drainer et le laver.

La putréfaction du liquide était telle que les sondes de maillechort en sortaient noircies en quelques minutes, et que l'air de la chambre était infecté. Ces deux malades présentaient du reste tous les signes d'un commencement de septicémie : fièvre, altération du visage, etc., et, chose très remarquable, fort peu de douleur dans la tumeur. Il me parait certain que ces malades seraient promptement mortes de septicémie, si je n'avais pas fait le drainage et la désinfection minutieuse de la poche kystique.

Quand les choses marchent comme elles l'ont fait dans les trois cas que j'ai eus à soigner, c'est une terminaison heureuse. Aussi je n'hésite pas à conseiller cette manière de traiter les tumeurs fibro-kystiques, ce qui est certainement un résultat bien inattendu de la méthode d'Aspostoli.

Encore faut-il que l'on rencontre le kyste et que la distance qui le sépare du vagin ne soit pas trop grande. Or nous sommes pour ainsi dire dépourvus de moyens de le savoir avec précision, la tumeur étant presque toujours dure, et sans que le toucher vaginal y fasse rencontrer de la fluctuation.

On peut se demander si l'on pourrait recourir à une ponction avec un trocart explorateur. C'est là une idée que je soumets à votre critique, sans l'avoir appliquée encore.

Voici, en résumé, quelle est la conduite que je conseille pour les tumeurs fibro-kystiques que l'on a *touchées* par le traitement électrique.

1° Si la ponction a été faite avec le courant *négatif*, l'eschare tombe vers le huitième ou dixième jour, la malade est tout à coup inondée de liquide, et le chirurgien est ainsi averti de l'ouverture d'un kyste. Il faut alors immédiatement dilater l'ouverture avec de la laminaire, jusqu'à ce que l'orifice soit du volume du doigt ; introduire deux gros tubes à drainage ; faire deux ou trois fois par jour des injections détersives

vec de l'eau phéniquée à 3 p. 100. Je préfère l'acide hénique au sublimé que j'ai vu provoquer de la stomate mercurielle (obs. I Marie Char.).

Si le liquide du kyste devient odorant, il est très tile d'introduire dans la poche quelques crayons d'iodoforme.

La suppuration est abondante et elle paraît liée à la résence dans la poche des masses gangrenées, qui estent sous la forme de lambeaux analogues au tissu ellulaire phacélé dans les phlegmons diffus. Il semble ue la membrane interne du kyste se mortifie, et que on élimination soit le premier acte de la guérison.

2° Si la ponction a été faite avec le courant *positif*, 'eschare ne tombe pas, la malade n'est pas inondée ar le liquide du kyste, qui n'est pas ouvert, mais se décompose.

Le chirurgien est averti par d'autres phénomènes. La umeur est douloureuse, la malade la sent plus grosse. La fièvre se montre, il y a perte d'appétit et de sommeil, et si l'on n'y prend pas garde la septicémie fait son apparition.

Dans ces cas il n'y a pas à hésiter. Il faut introduire ne sonde fine par le trajet toujours visible de la ponction électrique, reconnaître le kyste, dilater l'ouverture, soit immédiatement, soit avec de la laminaire, et désinfecter la poche, comme je l'ai décrit plus haut.

Le résultat définitif est très remarquable. Quand toute suppuration a cessé, on voit que la tumeur a extraordinairement diminué de volume ; le kyste a tout à fait disparu, et avec lui tous les symptômes douloureux que ressentait la malade. *C'est donc la guérison définitive.*

On voit par ce qui précède que la guérison des tumeurs fibro-cystiques est ainsi possible et facile. Aussi je n'hésite pas à conseiller ce traitement, et à l'ériger en méthode thérapeutique.

Du reste la ponction électrique est une véritable pierre de touche. Si la tumeur réagit peu, elle est un myôme pur. Si la tumeur devient douloureuse, et gros sit peu, si la malade souffre et a de la fièvre, et si à la chute des eschares négatives elle perd du liquide en abondance, on se trouve en présence d'un kyste, et il faut le traiter comme je viens de l'indiquer.

Obs. I. — *Grosse tumeur fibro-cystique. — Drainage. Guérison.* (*Résumé.*)

Marie Char... quarante-huit ans. Bonne santé jusqu'à trente-huit. Les pertes commencent à cet âge, avec de grandes douleurs. Les pertes n'ont jamais été très fortes et ont disparu à l'âge de quarante-sept ans

Le ventre contient une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, large de 15 centimètres. Elle est peu douloureuse, ovoïde, régulière. La consistance est uniformément dure. Le col est énorme. Les culs-de-sac sont libres. Par le toucher on ne sent nulle part la tumeur. L'hystérométrie est difficile. On ne pénètre qu'à 6 centimètres. La tumeur paraît formée aux dépens de la paroi postérieure et du fond de la matrice.

Traitement d'Apostoli. La malade a subi 16 fois le traitement du 3 juillet 1888 au 28 mai 1889. L'intensité a été de 200 à 250 milliampères pendant 5 minutes. Douze fois j'ai fait passer le courant positif avec l'hystéromètre de platine pénétrant à 4 ou 6 centimètres. Trois fois j'ai ponctionné la tumeur à travers le col et fait passer le courant négatif.

A la seizième séance, le 28 mai 1889, mon hystéromètre touche la tumeur et, pendant le passage du courant, pénètre tout d'un coup à 22 centimètres. Je fus très effrayé, pensant avoir ouvert le péritoine, la malade n'accusa pas la moindre souffrance. Elle revint au bout de deux jours, le ventre très douloureux. Je fis entrer la malade dans mon service.

Au bout de dix jours, la malade avait tout l'air de commencer une septicémie, face terreuse, pouls à 120, température, entre 39 et 40°, ventre du reste plus sensible et volumineux.

Tout d'un coup, elle perdit par le vagin un flot de pus verdâtre et infect.

Le lendemain j'introduisis une sonde par l'ouverture du col, elle entra en ligne droite à plus de 25 centimètres. Je reconnus que j'avais ouvert un kyste inclus dans une tumeur fibreuse, et je mis un gros drain. Il s'écoula immédiatement près de deux litres de pus infect. Je fis faire des injections de sublimé dans la poche trois fois par jour. Au bout de douze jours, la malade avait de la stomatite mercurielle et je prescrivis de l'acide phénique. Le pus était toujours infect.

Trois jours plus tard, il tomba une masse de tissus phacélés, ressemblant au tissu cellulaire qui tombe dans les phlegmons diffus. A partir de ce jour, un mieux sensible se manifesta, et le pus diminua notablement.

La malade partit le 7 avril. Par la palpation on sentait une tumeur petite s'élevant à 3 centimètres au-dessus du pubis. L'utérus est englobé dans la masse, il a 10 centimètres de profondeur. La cavité kystique est fermée.

La malade a été revue au bout de onze mois. La tumeur n'a pas changé.

Obs. II. — *Tumeur fibro-cystique. — Drainage.* (*Résumé.*)

Martha Land... trente-huit ans. Entre à l'hôpital Saint-Joseph en avril 1888. Elle a des pertes abondantes depuis près de deux ans, et souffre beaucoup. Examen : col volumineux repoussé en haut ; cul-de-sac postérieur rempli par une tumeur développée dans la lèvre postérieure du col. Cette masse est du volume d'une tête d'enfant. L'hystéromètre se dirige en haut et à gauche ; il pénètre à 11 centimètres.

Traitement d'Apostoli. Trois galvano-causties utérines positives et deux ponctions négatives dans la tumeur.

La malade se mit à perdre un liquide purulent assez abondant, mais peu odorant. Drainage ; injections antiseptiques. La cavité a 12 à 15 centimètres de profondeur. Au bout d'un mois elle n'a plus que 4 centimètres et l'écoulement est nul. Je mets de temps en temps un crayon d'iodoforme.

En juin la tumeur est du volume d'un œuf, l'utérus est dirigée à gauche, sa profondeur est de 7 centimètres.

La malade revient en octobre, souffrant un peu. On voit dans le cul-de-sac postérieur un petit fibrome sessile. Je fais cinq séances négatives par ponction, et la malade se déclare guérie.

Obs. III. — *Tumeur fibro-cystique. — Drainage.* (*Résumé.*)

Hélène Lec... quarante-deux ans, mariée, sans enfants. Bonne santé habituelle. Il y a cinq mois elle eut des accidents vésicaux, et s'aperçut qu'elle avait une tumeur dans le ventre. Son état devint mauvais. Ses règles avaient cependant été régulières. En juin 1889, un de mes confrères, très autorisé en la matière, lui appliqua le traitement électrique.

A la cinquième séance, elle perdit un liquide jaunâtre, filant, inodore. Cet écoulement se fit pendant plusieurs jours, et la tumeur se remit à grossir, la malade fut prise de fièvre, sans beaucoup souffrir du ventre.

La malade entra à Saint-Joseph le 5 juillet 1889. On trouvait une tumeur très dure, régulière, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Toucher vaginal, le cul-de-sac postérieur est refoulé par une tumeur résistante. Le col est repoussé sous le pubis et à gauche.

Au spéculum on voit trois cicatrices dans le cul-de-sac postérieur; j'introduis un hystéromètre à travers l'une d'elles et il pénètre à 10 centimètres environ, en laissant couler un pus très odorant; je place ensuite une tige de laminaire pour dilater l'orifice.

Le lendemain je place un gros drain par lequel coule plus d'un litre de pus vert et infect, il sort en même temps de volumineuses masses de tissu sphacélé, et je lave avec trois litres de sublimé à 1/1000. J'introduis ensuite quelques crayons d'iodoforme.

On fait deux fois par jour des injections d'eau phéniquée. Au bout de quinze jours, je mets une petite sonde.

Le 18 septembre, à mon retour de vacances, je retire la petite sonde, la cavité est fermée. Je constate les particularités suivantes : le col est revenu à sa place. La tumeur et l'utérus réunis forment une masse du volume du poing environ. L'utérus a 6 centimètres de profondeur. La malade conserva une fistule qui guérit définitivement en avril 1890.

### 2° *Myôme pur.*

J'ai constaté que le traitement d'Apostoli a un effet réel et rapide sur l'élément *douleur*. Elle est manifestement atténuée, en quelques séances.

L'effet sur les *hémorrhagies* est également réel et prompt. Il n'est pas rare de voir le sang s'arrêter rapidement, si l'on fait passer le courant positif pendant le cours d'une perte.

Je dois cependant reconnaître que ces effets ne m'ont pas paru avoir un effet de longue durée. Les malades revenaient se soumettre au traitement au bout de deux à trois mois, en moyenne, disant que leur mal revenait. Mais je me hâte d'ajouter que très peu de séances suffisaient pour remettre les choses en bon état.

On peut donc conclure sans hésiter que la méthode d'Apostoli a un effet sur certain les symptômes douleurs et hémorrhagies

On a parlé d'un autre effet sur le *volume* de la tumeur, qui dans certains cas aurait diminué d'une manière appréciable. Il est bien entendu que je ne veux pas par ler ici des pertes de substance produites par les eschares, qui sont insignifiantes.

Je n'ai jamais constaté une diminution sérieuse dans le volume des fibromes que j'ai traités. Toutefois je me hâte d'ajouter que plusieurs malades m'ont dit souvent que leurs tumeurs leur paraissaient plus petites et plus légères.

J'estime que dans ces cas on doit se trouver en face de phénomènes vasculaires, comme le sont les poussées congestives qui se font au moment des règles. C'est du reste un acte du même ordre que la sédation des hémorrhagies.

Reste un dernier point. Le Dr Delétang (de Nantes), dans une communication faite à l'Académie de médecine le 37 novembre 1888, parle d'une diminution de volume survenant dans la masse inflammatoire qui entoure le fibrome. Je dois déclarer que je n'ai jamais constaté l'existence de cette zone inflammatoire autour des fibromes vulgaires, ni en clinique, ni sur la table d'amphithéâtre. Je n'ai donc pas observé de changement de ce côté sous l'influence du courant électrique.

Obs. I. — Julie Bois... Fibrome non hémorrhagique, douloureux, volume du poing, situé entre le rectum et l'utérus, repoussant le cul-de-sac postérieur, et comprimant l'intestin; hystérométrie 10 centimètres; 2 séances de galvano-puncture négative par le cul-de-sac postérieur. Intensité, 250 milliampères. Le traitement a duré neuf mois.

La malade a été peu soulagée, la tumeur n'ayant pas paru diminuer de volume, et continuant à comprimer le rectum.

Obs. II. — Marie Mouch... quarante-huit ans. Début des pertes il y a trois ans. Pertes de sang abondantes et vives, douleurs pendant quinze à dix-huit jours de suite, tumeur fibreuse médiane, atteignant l'ombilic, large de 18 centimètres. Cul-de-sac antérieur rempli, les autres vides.

Hystérométrie, 12 centimètres. La tumeur est en avant de l'utérus.

Vingt séances du 12 juin 1888 au 16 avril 1889. On ne peut faire que la galvano-caustie intra-utérine. Courant positif 12 fois, courant négatif 8 fois. Intensité de 200 à 250 milliampères.

Les règles se sont régularisées dès la 6e séance. La malade a accusé un mieux sensible à la 12e séance. En janvier et avril 1889, la malade a eu des pertes que le traitement a vite arrêtées. Tout en se trouvant notablement mieux, sous le rapport des pertes, des douleurs, et de l'état général, la malade ne peut pas rester plus de quatre semaines, sans se soumettre au traitement.

Obs. III. — Marie P..., quarante-deux ans, porte sa tumeur depuis douze ans. Ses règles sont de véritables hémorrhagies, pour lesquelles on la tamponne avec des éponges iodoformées. Elle est extrêmement faible. La circonférence du ventre est de 102 centimètres. La tumeur fibreuse est régulièrement ovoïde. Elle atteint presque l'appendice xyphoïde, et remplit les fosses iliaques.

Par le toucher, on sent le col ouvert, la tumeur tend à sortir. Elle est régulièrement dure partout.

Cette dame est en outre atteinte d'une maladie du foie, qui lui donne des coliques hépatiques légères, et un ictère presque continuel.

Le traitement dure huit mois, je fais 18 séances d'électricité de galvano-puncture dans le fibrome, en passant par le col ouvert : positive 17 fois, négative, 1 fois. Intensité, 250 milliampères.

J'ai eu le plaisir de constater pendant le traitement une amélioration très notable, surtout du côté des pertes. La malade a ressenti un grand soulagement, relativement à la masse de sa tumeur qu'elle a trouvée diminuée, mais ce changement ne m'a pas paru assez notable pour être signalé.

J'ai eu des nouvelles neuf mois après la cessation du traitement, le fibrome reste stationnaire, les hémorrhagies n'ont pas reparu, mais la maladie du foie fait des progrès,

Malheureusement, en avril 1890, j'ai appris que les hémorrhagies avaient reparu, c'est-à-dire sept mois après le traitement.

J'insiste sur ce résultat très remarquable, parce que la malade souffre d'une maladie du foie, laquelle prédispose aux hémorrhagies.

Obs. IV. — Marie L... cinquante ans, tumeur survenue il y a cinq ans. Douleurs, pertes abondantes aux époques, mictions très fréquentes, pertes blanches considérables entre les époques, tumeur médiane montant jusqu'à l'ombilic, remplissant à moitié les fosses iliaques, impossible à sentir dans les culs-de-sac, consistance uniformément dure ; hystérométrie, 8 centimètres.

Traitement : cinq mois, dix-neuf séances de galvano-caustie intra-utérine dont treize avec le courant positif, et six avec le courant négatif. Intensité, 250 milliampères.

Pendant le traitement, nous avons remarqué à plusieurs reprises que l'hystéromètre pouvait pénétrer à tantôt 13 centimètres et tantôt à 3 seulement. Il est évident que ces modifications de la cavité utérine sont dues à des variations dans le volume et la vascularisation du fibrome.

La malade a accusé du mieux, mais les pertes aqueuses ont continué très abondantes et très pénibles.

Obs. V. — Julie V..., quarante-sept ans. Pertes de 10 à 15 jours par mois depuis cinq ans, et depuis six mois pertes aqueuses très considérables. Tumeur du volume du poing, haute et inaccessible par le toucher sauf dans le cul-de-sac antérieur. Traitement dure six mois, je fais quinze séances de galvano-caustie, quatre positives et onze négatives, intensité, 250 miliampères.

La malade a bénéficié d'une diminution dans les pertes rouges, et de la disparition de ses douleurs.

Obs. VI. — Marie P..., trente-quatre ans. Tumeur se montre il y a quatre ans ; pertes très abondantes il y a deux ans. Fibrome médian, montant jusqu'à l'ombilic, atteignant les fosses iliaques, inaccessible par le toucher, ovoïde, également dure partout. Hystérométrie, 15 centimètres.

La malade en plus a eu des endocardites, et elle a un souffle intense à la pointe et à la base du cœur ; elle a très souvent des palpitations et des étouffements que la digitale calme.

Traitement dure dix mois, quinze séances de galvano-caustie intra-utérine dont treize primitives et deux négatives. Intensité 250 milliampères, résultats : les pertes et les douleurs ont cessé, la malade trouve la tumeur moins volumineuse.

J'insiste sur cet effet du traitement, d'autant plus que pendant mes soins, la malade à eu deux graves attaques d'endocardite, qui ont failli la tuer, et cependant, n'ont pas arrêté l'effet du traitement électrique.

Obs. VII. — Lucie D..., vingt-six ans. Tumeur reconnue il y a un an. On trouve maintenant une masse à plusieurs lobes, montant presque jusqu'à l'ombilic, et développée dans la fosse iliaque droite. Par le toucher on la sent dans le cul-de-sac postérieur. Elle est également dure partout. Hystérométrie, 7 centimètres ; menstruation régulière, jamais de pertes, mais douleurs assez vives.

Traitement dure sept mois, treize séances dont trois de galvano-puncture et neuf de galvano-caustie intra-utérine. Intensité, 350 milliampères. Résultat : la malade ne souffre plus, sa tumeur est moins volumineuse, et il y a un très notable soulagement.

Obs. VIII. — O... cinquante-six ans, ménopause à cinquante-quatre ans ; depuis pertes rouges et blanches presque continuelles ; peu de douleur. Fibrome paraissant avoir 10 centimètres verticalement, facile à sentir dans le cul-de-sac postérieur, hystérométrie 10 centimètres.

Traitement dure onze mois, je fais treize séances ainsi réparties : deux galvano-punctures positives et six négatives : cinq galvano-causties intra-utérines positives et négatives, Intensité varie de 50 à 250 milliampères.

Résultat, diminution notable des pertes sanguines et du volume de la tumeur, l'hystérométrie ne pénètre qu'à 8 centimètres.

Obs. IX. — V... trente-six ans. Début des pertes, il y a deux ans, au moment des époques. Douleurs assez vives dans le ventre. Fibrome du volume d'un œuf, accessible par le cul-de-sac antérieur, très dur, paraissant venir de la partie susvaginale du col. Hystérométrie, 7 centimètres.

Traitement dure six semaines. Neuf séances de galvano-caustie intra-utérine positive. Intensité de 50 à 100 milliampères.

Résultat : disparition des pertes.

Obs. X. — L..., cinquante-deux ans. Pertes aux époques depuis un an. Douleurs faibles. Petit fibrome en arrière de l'utérus, accessible par le cul-de-sac postérieur. Hystérométrie sept centimètres et demi.

Traitement neuf séances d'électricité, sept galvano-causties intra-utérines positives. Deux galvano-punctures positives dans le fibrome.

Résultat incomplet, les pertes n'ont pas complètement disparu, ce qui tient peut-être à un certain état de métrite muqueuse hémorrhagique.

Obs. XI. — H..., trente-cinq ans. A eu une péri-métrite il y a deux ans. Règles normales, douleurs dans le ventre.

Par le toucher on sent dans le cul-de-sac un fibrome du volume d'un œuf et fixé par périmétrite ancienne.

Plus haut une petite tumeur remontant vers la fosse iliaque et qui doit être un ovaire volumineux.

Traitement six séances dont : une de galvano-caustie intra-utérine positive, trois galvano-punctures positives et deux négatives dans le fibrome.

Intensité de 70 à 150 milliampères. La malade a été revue six mois plus tard. Elle ne souffre pas, et le fibrome n'a pas augmenté.

Obs. XII. — Marthe D..., quarante-sept ans. Douleurs et hémorrhagies depuis dix-huit mois. Fibrome médian montant à deux travers de doigt sous l'ombilic, latéralement jusqu'au milieu des fosses iliaques. Volume d'une tête de fœtus à terme. Surface très irrégulière. Cul-de-sac antérieur rempli et postérieur vide. Hystérométrie, quatre centimètres.

Traitement six semaines. Cinq séances de galvano-caustie intra-utérine positive.

Intensité, 250 milliampères.

Faible résultat obtenu sur les douleurs et les pertes. La malade est revenue au bout de deux mois dans le même état qu'au début.

Obs. XIII. — Ernestine Sus..., 27 ans. Pertes et douleurs depuis quinze mois. Fibrome enclavé dans le bassin et comprimant le rectum et remontant un peu au-dessus du pubis. Hystérométrie, 10 centimètres.

Cinq séances, dont quatre galvano-punctures négatives par le cul-de-sac postérieur et une galvano-caustie intra-utérine positive.

Traitement deux mois. La malade s'est trouvée soulagée, les règles sont moins abondantes et restent moins douloureuses.

J'ai traité encore plusieurs autres malades, mais elles n'ont pas suivi un traitement suffisant pour qu'il puisse entrer en ligne de compte dans ce travail.

3° *Myômes mous ou à petites géodes.*

Il existe une troisième classe de tumeurs fibreuses auxquelles on a appliqué l'électricité. Ce sont des tumeurs fibreuses un peu molles, infiltrées d'un liquide gélatineux et semées de très petits kystes. Cruveilhier les nommait tumeurs à géodes, on les désigne aussi sous le nom de tumeurs télangiectodes.

Elles sont d'un diagnostic clinique très difficile, sinon impossible.

On peut se demander si ce ne sont pas ces tumeurs qui épuisent les malades par des pertes aqueuses excessives, comme si par moments le liquide contenu dans les géodes s'exprimait à travers la tumeur pour se reformer aussitôt après. Je ne pense pas que le courant électrique puisse avoir une action sur ces sortes de tumeurs dans lesquelles la partie liquide est prédominante.

D'autre part les kystes sont tellement petits, qu'il n'est pas possible de les traiter par l'ouverture et le drainage comme les grands kystes dont j'ai parlé plus haut.

Voici un cas de fibrome mou d'une importance capitale qui vient confirmer ce que je viens de dire. C'est l'observation d'une malade de Hégar, rapportée dans le *Centralblatt für gynækologie*, n° 13, le 29 mars 1890.

Obs. — R..., 30 ans, nullipare. Dérangement des règles en 1883, puis hémorrhagies commençant en 1886, mariage en 1887, suivi d'amélioration passagère, puis les douleurs reparaissent. On constate le fibrome en janvier 1888. On fait sans résultat tous les traitements connus, par l'ergotine, les injections d'eau chaude, les bains de Kierrguach. On eut recours au tamponnement, etc. En 1889, la malade vient à Paris subir le traitement du Dr Apostoli; d'avril à août, 23 séances. Le résultat fut négauf. En novembre 1889, elle fut opérée par Hégar, de Fribourg, qui traita le pédicule par la méthode intra-péritonéale. La tumeur fut enlevée en deux morceaux parce que la première ligature du pédicule était un peu trop haut. La masse a 10 centimètres de haut et 14 centimètres de large. La face antérieure est formée par la paroi antérieure de l'utérus, épaisse de 2 centimètres. La muqueuse utérine est congestionnée, les veines de la surface sont dilatées. Le fibrome part de la paroi utérine postérieure, il est mou, fluctuant et tout à fait intra-pariétal. Son adhérence à l'utérus n'est pas très intime, elle se fait par quelques tractus rigides que l'on coupe facilement au bistouri. A la coupe transversale, on ne voit point de cavité, mais un tissu mou, œdémateux, infiltré, pulpeux, contenant un nombre extraordinaire de petites dilatations vasculaires.

*Examen histologique.* — La mollesse de la tumeur le rendait difficile. A l'état frais et par dilacération, on pouvait isoler des fibres musculaires lisses à noyau clair. Le protoplasma était granuleux et à dégénérescence graisseuse; après durcissement, on constate que la tumeur est constituée en grande partie de fibres musculaires en faisceaux. Au voisinage des gros vaisseaux se trouvent des tissus cellulaires riches en noyaux. Les vaisseaux sont très nombreux, leur calibre est en général agrandi, leur paroi est formée par une tunique interne manifestement plissée, une musculaire peu distincte et une cellulaire très épaisse.

*Résumé.* — Je pense pouvoir résumer comme il suit mon opinion actuelle sur la méthode d'Apostoli :

1° *Tumeurs fibro-cystiques.* — La méthode permet de découvrir des kystes ignorés, de les ouvrir et les guérir radicalement par le drainage antiseptique. Elle n'influence pas la masse totale si le kyste n'est pas intéressé.

2° *Myômes purs.* — Le traitement électrique combat avantageusement les douleurs et les hémorrhagies, la tumeur devient ensuite innocente, au moins pour un temps.

3° Les *fibromes mous* ou à petites géodes paraissent échapper à l'action de l'électricité.

## BIBLIOGRAPHIE

**Etude anatomo pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites** par le Dr Mordret (du Mans), ancien interne des Hôpitaux de Paris, aide d'anatomie de la Faculté, in-8°, Paris 1890.

L'auteur n'a pas cru devoir reprendre l'historique de la question déjà traitée dans de nombreuses monographies. Il désire rester essentiellement clinique.

Après quelques considérations pathogéniques où il discute les deux grandes théories régnantes pour expliquer l'inflammation septique des annexes, celle de la voie lymphatique, et celle de la propagation de muqueuse à muqueuse, il se rallie à cette dernière bien qu'elle laisse encore quelques desiderata. Il étudie ensuite les lésions anatomiques en partant de l'orifice de la trompe, explique comment se forment cette série de petites poches que l'on rencontre ordinairement sur la trompe dilatée, décrit les désordres de l'ostium péritonéal. les lésions consécutives du péritoine, puis la propagation de l'élément septique à l'ovaire. Il ne croit pas devoir admettre dans un travail essentiellement clinique les divisions que l'on retrouve dans les auteurs, au point de vue anatomo-pathologique des salpingites. Pour lui les salpingites catarrhales, catarrhales proliférentes, interstitielles,purulentes, ne sont que des degrés d'une seule et même affection.

Dans un second chapitre où il examime les symptômes, il distingue deux grandes classes parmi les salpingites au point de vue de leur évolution : l'une où la tuméfaction salpingienne restant petite, les désordres sont surtout occasionnés par les lésions péritonéales, l'autre où la collection salpingienne atteint un volume considérable. Il considère la salpingite tuberculeuse comme se rapprochant de cette dernière catégorie. Il divise les symptômes en fonctionnels et en physiques et les étudie autant que possible en suivant la marche de l'affection.

Il termine par un court chapitre sur la terminaison et les complications des salpingo-ovarites.

## REVUE DE LA PRESSE

**Un cas de syphilis et d'hémorrhagie cérébrale**, par Capozzi (de Naples) (Supplément mensuel de la *Gazetta degli ospitali*, avril 1890). — Malade atteint depuis plus d'un an de douleurs de tête vagues et diffuses, avec faiblesse des membres supérieur et inférieur droits. En même temps, éruption cutanée au front, au cou et aux cuisses. Traitement par les injections hypodermiques de sublimé. Au bout de 20 jours le malade était parfaitement guéri. Mais au bout de quelque temps, il y eut une rechute. Et comme il attendait dans la salle son admission à l'hôpital, il fut pris d'une perte de connaissance et tomba sur le sol. Le lendemain, il était revenu à lui ; mais le membre thoracique droit était fortement contracturé dans la flexion et paralysé ; le membre inférieur du même côté était paralysé et flasque. La parole n'est pas entravée ; la mémoire et l'intelligence, sont au contraire troublées.

Il resta quatre mois à l'hôpital et en sortit sans amélioration, quoiqu'il eût fait constamment une cure rigoureuse par l'iodure et les injections hypodermiques de sublimé.

Les symptômes ne firent que s'aggraver et il se décida à rentrer pour la troisième fois à l'hôpital.

Il y avait dans les antécédents du malade un *chancre du gland* qui n'avait donné lieu à aucune manifestation de syphilis constitutionnelle.

On observait une pléiade bi-inguinale et une latéro-cervicale.

Pour l'auteur, c'est un cas de *syphilis cérébrale*.

Celle-ci se présente d'ordinaire, il est vrai, à la période tertiaire ; mais il est des cas où elle apparaît à une époque plus récente.

Le malade avait fait abus de boissons alcooliques : mais les accidents ne paraissaient pas à l'A. d'origine alcoolique pour cette raison qu'ils ont été améliorés par le mercure.

L'accident chez ce malade a peut-être été primitivement une gomme et le traitement par le mercure a été efficace. Mais celui qui l'a fait tomber depuis a certainement son siège dans les vaisseaux sanguins. Quelle est l'action de la syphilis sur les vaisseaux ? C'est l'apparition de productions gommeuses dans les parois des artères ; dans les petites, ces productions amènent la thrombose ; dans les grandes, la dilatation.

Dans le cas actuel, c'est à ce dernier processus qu'on a affaire ; en effet, il y a eu ictus apoplectique. Les contractures appartiennent également à l'hémorrhagie, non à la thrombose.

Où siège la lésion ? Dans le cerveau et dans l'hémisphère gauche ; mais est-ce dans la capsule interne ou dans les centres corticaux ? On pourrait croire à une lésion de la capsule interne ; ce sont là en effet des faits classiques. Néanmoins, l'A incline plutôt vers les autres moteurs corticaux. Le facial n'était pas atteint (signe indiqué par Charcot). La sensibilité est toujours restée intacte. La contracture est restée limitée au bras.

Comme *pronostic*, on a dit : bienheureux les syphilitiques, parce que,tout en présentant des altérations encéphaliques, ils peuvent guérir.

Toutefois, on doit avoir peu d'espoir ici, non pour la vie, mais pour le rétablissement des fonctions du membre, car le traitement n'a pas eu d'effet.

Toutefois, il faut parer à de nouveaux accidents ; L'endo-artérite diffuse peut amener de nouveaux foyers ; il faudra donc continuer l'iodure à hautes doses et tous les cinq ou six mois faire un traitement mercuriel. En outre, traitement symptomatique : électrisation des muscles paralysés, massages, bains électriques.

L. Greffier.

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Séance du 18 août 1890. — Présidence de* M. Duchartre

**Sur une réaction caractéristique de la cocaïne.** — M. Ferreira da Silva. J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie une réaction caractéristique de la cocaïne, que je viens de trouver au cours d'une recherche toxicologique. Ce

n'est pas une réaction de coloration, comme la plupart de celles qu'on utilise pour l'identification des alcaloïdes; mais elle repose sur la production de certains produits odorants, production cependant comparable en sensibilité à beaucoup de réactions colorées.

Voici cette réaction : on traite une petite portion de cocaïne ou d'un de ses sels à l'état solide, ou le résidu de l'évaporation d'une de ses solutions, par quelques gouttes d'acide nitrique fumant, de densité 1, 4. On évapore à siccité au bain-marie; on traite le résidu par une ou deux gouttes d'une solution alcoolique concentrée de potasse et l'on mélange bien avec une baguette en verre ; on observera une odeur distincte et spéciale qui rappelle celle de la menthe poivrée.

On remarquera que le *modus faciendi* est presque le même que pour reconnaître l'atropine (réaction de Vitali). Mais les réactifs ci-dessus n'avaient été employés jusqu'à ce jour que pour la production des réactions colorées.

La réaction que j'ai exposée permet de distinguer la cocaïne des autres alcaloïdes du même groupe. On sait que la cocaïne appartient, dans la classification analytique de Dragendorff, au groupe des alcaloïdes qu'on peut retirer d'une solution aqueuse ammoniacale par la benzine. On trouve dans ce groupe l'atropine, la brucine, la cinchonine, la codéine, la delphinine, l'ésérine, l'hyosciamine, la narcotine, la pilocarpine, la quinine, la quinidine, la sabadilline, la strychnine et la vératrine. C'est le groupe d'alcaloïdes le plus complexe et le plus important par le nombre et l'énergie des poisons qu'ils contiennent.

Sans m'arrêter maintenant à exposer en détail les effets des réactifs ci-dessus sur les alcaloïdes, je dirai seulement, en résumé, que l'atropine, l'hyosciamine, la strychnine, la codéine et l'ésérine donnent des colorations et que cette dernière produit encore un principe odorant désagréable, qui rappelle celui de la phénylcarbylamine. La delphinine, la brucine, la vératrine ne donnent que des principes d'une odeur peu active, qu'on ne peut pas confondre avec celle de la cocaïne, et qui me paraissent peu propres à la recherche analytique. La sabadilline et la narcotine pourront se reconnaître par ce moyen. Les autres alcaloïdes ne donnent pas de réactions sensibles de ce genre.

Non seulement la réaction citée est caractéristique, mais elle est aussi très sensible. J'ai pu reconnaître, par ce moyen, jusqu'à un demi-milligramme de chlorhydrate de cocaïne.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 26 août 1890. — Présidence de* M. MOUTARD-MARTIN.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le docteur Linossier (de Lille), qui se porte candidat au titre de correspondant national; 2° des plis cachetés de MM. Autran (de Bourg-la-Reine) et Henri Barré (de la Ferté-Alais).

**Pyopneumothorax interlobaire d'origine traumatique.** — M. M. HACHE rapporte l'observation d'un malade de 20 ans qui, à la suite d'un coup de couteau dans la région dorsale, éprouva une forte dyspnée suivie d'accès de fièvre quotidiens. En même temps, la plaie se transforma en un trajet fistuleux assez étroit, donnant issue d'abord à de la sérosité, puis à du pus extrêmement fétide, qui s'écoulait en jet pendant les efforts de toux.

Autour de cette fistule, la percussion donnait une sonorité tympanique; souffle cavitaire au même niveau, avec quelques bulles de tintement métallique.

Ces symptômes imposaient le diagnostic de pyopneumothorax interlobaire sans communication avec les bronches.

Après avoir lavé la cavité avec une solution de biiodure de mercure à 1 0/00, on introduisit dans l'orifice fistuleux une tige de laminaire puis, au bout de quelques jours, un double drain de caoutchouc, par lequel on fit des lavages au biiodure.

Au bout d'une quinzaine de jours, le drain fut enlevé et le malade sortit complètement guéri.

L'oblitération de la poche a eu lieu par le simple développement du poumon.

Ce fait vient à l'appui de ceux qui ont été déjà publiés pour démontrer l'importance du drainage et de la suppression rapide des lavages dans le traitement des foyers intrapleuraux.

Il est probable que, chez un certain nombre de malades soumis à l'opération de Letiévant-Estlander, le drainage parfait de la cavité a joué, dans la guérison, un rôle aussi important que la résection costale.

L'orateur tire, de sa communication, les conclusions suivantes :

Les résections costales multiples ne sont indiquées que quand les côtes sont absolument en contact.

Dans tous les autres cas, la guérison devra d'abord être cherchée par l'évacuation absolue et permanente du foyer, qui favorise à la fois la rétraction costale et l'expansion pulmonaire.

La séance est levée à 3 heures et demie.

## ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

### Congrès de Limoges

(*Suite et fin*) (1).

**De l'asepsie en chirurgie** — M. TERRIER (de Paris). La communication que je vais faire aurait dû être plutôt faite au Congrès de Berlin, à la suite de celle de Lister. Tandis que Lister pense que le cyanure de mercure est le meilleur antiseptique actuel, celui qui répond le mieux à tous les désirs, je crois qu'il faut diriger ses efforts du côté de l'asepsie. C'est d'ailleurs une idée qui n'est pas nouvelle. G. Bantock, à Londres, d'autres chirurgiens, à Boston, à New-York, ont aussi eu la même idée et l'ont mise à exécution depuis plusieurs années.

Chez les sujets infectés, ceux qui présentent des tumeurs ulcérées, l'antisepsie est bien entendu absolument nécessaire, mais chez les sujets non infectés, ceux que nous opérons par exemple pour une tumeur abdominale, l'asepsie suffit. Je suis arrivé peu à peu à cette manière de voir.

Au début, j'ai fait du Lister pur; après avoir été étudier sur place la pratique de Lister, j'ai opéré absolument comme lui; puis j'ai adopté des antiseptiques plus énergiques, en dernier lieu le sublimé; puis comme d'autres chirurgiens, j'ai abandonné le spray; enfin j'en suis arrivé

(1) Voir *France Médicale*, n° 33, p. 522.

à remplacer l'antisepsie par l'asepsie, c'est-à-dire à ne plus employer de substance antiseptique proprement dite pendant l'opération. Mais cela ne veut pas dire que je ne me serve jamais d'antiseptique. Je m'explique.

Avant l'opération, je fais agir un pulvérisateur chargé d'eau stérilisée dans la salle, pour abattre les poussières. Le lavage des mains du chirurgien et des aides, et du champ opératoire, est fait au sublimé; les instruments sont stérilisés et trempés dans une solution de sublimé; je me sers d'éponges préparées antiseptiquement suivant une méthode que j'ai indiquée.

Je dois dire en passant que cette méthode, adoptée à Vienne, où elle n'a été aucunement modifiée, est revenue en France sous une étiquette allemande, et qu'on la croit à tort d'origine allemande.

J'emploie comme fil à ligature la soie tressée antiseptique préparée dans une solution de bichlorure au millième.

Les instruments sont stérilisés dans l'étuve sèche de Poupinel, sauf les instruments tranchants, qui sont bouillis dans de l'eau stérilisée. Les compresses sont stérilisées dans l'autoclave à 120°.

Avec ces précautions j'ai déjà pratiqué un certain nombre d'opérations graves, sans aucun accident.

Comme pansement j'emploie l'ouate stérilisée, non antiseptique, préparée à l'étuve suivant la méthode de M. Quenu, une simple couche suffit pour une ovariotomie. Je fais également stériliser les blouses, serviettes, tabliers dont mes élèves et moi nous nous servons pendant les opérations.

Comme on le voit, je n'en suis pas encore aux opérations sans pansement de M. le doct. Roux, de Lausanne, mais je pense avoir bien simplifié les pansements antiseptiques primitifs, auxquels on pouvait au moins reprocher d'être si coûteux.

**Diagnostic de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.** — M. Reboul (de Marseille). La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire se manifeste, dans la forme brusque, par une douleur subite, localisée à un côté du bas-ventre et par une augmentation du volume de la tumeur qui est devenue fixe.

Dans trois cas j'ai constaté deux signes qui m'ont permis, particulièrement dans le dernier, d'affirmer le diagnostic exact avant l'intervention. Ces deux signes sont : un bruit de souffle très net, systolique, siégeant au point douloureux, c'est-à-dire au niveau du pédicule du kyste; un mouvement en masse de la tumeur, donnant la sensation d'un soulèvement, d'un glissement, d'une ondulation et coïncidant avec le battement artériel.

**Nodosités sous-cutanées rhumatismales produites par des embolies bactérifères.** — M. G. Nepveu (de Marseille. L'origine infectieuse du rhumatisme acceptée par la plupart des pathologistes est loin encore d'être démontrée.

Dans un travail inséré dans la thèse de M. Bar (Paris 1880), le Dr Nepveu a attiré l'attention sur une nouvelle théorie de la production des nodosités rhumatismales sous-cutanées; l'embolie dans ce cas était constituée par un caillot en dégénérescence granuleuse, était infiltrée de microcoques et de bactéries. Ce dernier point, l'auteur ne l'a pas à son gré assez mis en relief et il y insiste à nouveau; il complète donc ce qu'il a pu recueillir sur leurs caractères et rapproche ces faits de ceux qui se produisent dans les embolies de l'endocardite infectieuse.

Toutes les observations de nodosités rhumatismales sous-cutanées devraient donc à l'avenir être examinées à ce point de vue.

## CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

—

### 1re SECTION : ANATOMIE.

**Anatomie de l'épididyme : pathogénie des kystes spermatiques.** — M. Poirier (de Paris) montre un certain nombre de testicules et d'épididymes injectés au mercure et sur lesquels on peut voir un *vas-aberrans* se détachant du *rete testis*, en arrière des derniers vasa efferentia. D'après les recherches de l'auteur, le vas du reté se rencontrerait dans plus de la moitié des cas : il affecte des formes diverses et sa structure est celle des cônes afférents.

Cette notion anatomique nouvelle conduit M. le Dr Poirier à mettre en doute la théorie actuelle sur la pathogénie des kystes spermatiques. Si la théorie par rétention, établie par Dolbeau dès 1856 et adoptée par le professeur Virchow (1873), était vraie, un individu sur deux, au moins, serait porteur d'un kyste spermatique, puisqu'il présente dans le vas du reté la condition nécessaire.

Sans nier les kystes par rétention, l'auteur appelle l'attention sur une variété de kystes siégeant entre la tête de l'épididyme et la partie sous-jacente du testicule : il dit et démontre sur de nombreuses pièces que ces kystes très fréquents ne communiquent pas dès d'abord avec les vasa efferentia, mais que, par suite de leur développement, ils peuvent repousser, comprimer, un ou plusieurs vasa efferentia, qui viennent, par ce mécanisme, à communiquer avec le kyste.

Relativement à la pathogénie de ces petits kystes intertesticulo-épididymaires, M. Poirier pense qu'ils sont d'origine séreuse : il montre comment la tête de l'épididyme, d'abord éloignée du testicule chez le nouveau-né, s'en rapproche peu après la naissance et finit par se souder intimement, et sur une large surface, au testicule, enclavant ainsi deux feuillets séreux. C'est au niveau de cette soudure, c'est-à-dire loin du testicule et des vasa efferentia, qu'apparaissent primitivement ces petits kystes séreux qui peuvent devenir ultérieurement des kystes spermatiques.

### 3e SECTION : PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

**La participation des leucocytes à la néoformation des tissus.** — M. Grawitz (de Greifswald), *rapporteur*. Il est aujourd'hui généralement admis que les cellules du tissu cicatriciel ne proviennent pas directement de leucocytes, mais de grandes cellules « épithélioïdes », riches en protoplasma ; des doutes n'existent plus que pour les cellules plus petites. On trouve dans le tissu de granulations et dans les inflammations aiguës du tissu cellulaire des cellules rondes à un ou plusieurs noyaux qui sont certainement des leucocytes, et d'autres qui représentent sûrement aussi les premiers degrés des grandes cellules épithélioïdes, ou de formation ; mais on n'a pu encore reconnaître, même avec les meilleurs instruments, si les leucocytes à un noyau peuvent se développer directement ou indirectement en ces cellules plus parfaites. Les uns ont admis que les leucocytes grossissent, se transforment directement en cellules du tissu, conjonctif ; d'autres, comme Cohn-

heim, en 1882, dirent que les cellules de pus arrivaient à ce résultat par fusion de plusieurs cellules en une seule.

Dès lors, la multiplication des cellules par division a été prouvée de la façon la plus certaine ; on a pu observer les diverses phases de la division des noyaux ; et aujourd'hui, ce qui est certain, c'est la formation du tissu cicatriciel par les cellules du tissu conjonctif ; c'est la participation active des leucocytes à ce travail qui est devenue douteuse.

En comparant les apparences des leucocytes d'une goutte de sang frais, traitée par le liquide chromo-acétique de Spronck, avec les plus petites cellules du tissu conjonctif néoformé, j'ai pu reconnaître que les différences de formes entre le cycle de développement des leucocytes et celui des cellules du tissu conjonctif imposent une séparation absolue de ces deux sortes de cellules depuis le début jusqu'à la fin de leur développement. Les leucocytes se rapprochent beaucoup, par leurs diverses formes, des cellules des ganglions lymphatiques ; celles-ci non plus ne peuvent pas, même par une multiplication abondante par division, former autre chose que du tissu lymphatique et pas de tissu conjonctif.

Toutes les cellules qu'on rencontre dans le tissu de granulation inflammatoire, dans des membranes d'abcès, dans le pus, et qui diffèrent des leucocytes à un noyau contenus dans le sang, proviennent de « cellules de formation » ; ces cellules épithélioïdes ou macrophages peuvent absorber et emmener des particules et remplir les mêmes fonctions que les leucocytes. Elles peuvent, lors d'une fonte purulente du tissu conjonctif, subir une fragmentation du noyau et se transformer en cellules multinucléaires du pus, sans être pour cela de même origine que les leucocytes.

M. Ziegler (de Fribourg-en-Brisgau), *corapporteur*, présente les conclusions suivantes :

Dans beaucoup de processus morbides qui amènent une néoformation de tissu, le tissu prolifèrant contient des leucocytes venant du sang, lesquels forment partie intégrante du tissu de granulations.

Les générateurs du nouveau tissu sont les cellules qui proviennent de celles du tissu prolifèrant ; dans la période rapprochée de leur naissance, ces cellules sont en partie capables de se mouvoir dans le tissu.

Les leucocytes ne prennent pas de part active à la néoformation des tissus.

Les leucocytes polynucléaires, qui se trouvent dans le tissu en prolifération, sont pour la plupart absorbés par les cellules prolifèrantes, et leur corps sert probablement à la nutrition de ces cellules.

Les leucocytes mononucléaires se transforment probablement, pour autant qu'ils ne quittent pas le lieu de la néoformation, en formes polynucléaires et sont alors absorbés à leur tour par les cellules prolifèrantes.

M. Marchand (de Marbourg), *corapporteur*, présente de son côté les conclusions qui suivent :

Dans les processus morbides où des parties organiques se détruisent, ainsi qu'en présence de corps étrangers, l'immigration des leucocytes est un acte qui prépare la guérison et qui peut, dans des cas favorables, se terminer par l'élimination complète de la matière étrangère ou des substances qui menacent l'intégrité de l'organisme (inflammation aiguë). Dans ce cas-là, les leucocytes sont ou détruits, ou bien ils rentrent dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Le processus proprement dit de la guérison, qui se rattache à ce mode-là, et qui se termine par la formation d'un tissu conjonctif vascularisé (sans parler de la restitution des formes plus élevées, comme les épithéliums, muscles, nerfs), débute par des dérivés des anciennes cellules conjonctives.

Il en est de même pour les inflammations adhésives sur les surfaces libres, ainsi que pour l'organisation des thrombus, etc.

Les éléments de nouvelle formation peuvent ressembler aux leucocytes monohucléaires et passer, comme ceux-ci, par des « cellules migratrices », mais ils sont cependant très probablement d'une nature différente à toutes les périodes de leur existence.

Il sera donc bon d'opposer, sous le nom de « cellules d'exsudat », les cellules migratrices (leucocytes) aux « cellules de formation » (cellules de granulations) qui proviennent des tissus.

En cas de troubles durables dans la formation des tissus, les « cellules de formation » meurent ou bien sur place, par décomposition, ou bien elles se transforment d'une manière irrégulière (cellules géantes).

**Les altérations du myocarde.** — M. Von Recklinghausen, — La dissociation des faisceaux musculaires du cœur qu'a décrite Renaut, et qu'on désigne sous le nom de désintégration, fragmentation des fibres ou de myocardite segmentaire, est une forme pathologique bien déterminée et se rencontre toujours dans les cas suivants :

1° Dans la mort rapide ou subite qui suit les maladies du myocarde aprés oblitération des artères coronaires, celle qui suit les ruptures du cœur ou de l'aorte :

2° Dans la paralysie du cœur qui suit les maladies infectieuses : le typhus, la variole, la septicémie et les suppurations étendues ;

3° Dans les morts rapides consécutives aux néphrites ou aux lésions aiguës des centres nerveux ;

4° Dans certaines formes de mort violente.

L'agonie suffit pour produire cette segmentation des fibres du cœur. On n'a pas encore démontré qu'elle se produise avant l'agonie, car la myocardite segmentaire essentielle, qui proviendrait d'un ramollissement de la substance unissant les cellules musculaires décrites par Eberth, est encore une hypothèse.

Dans les degrés avancés de la segmentation, on voit apparaître régulièrement des ruptures transversales des fibres dissociées ; les stries longitudinales deviennent extrordinairement nettes, tandis que le noyau est indistinct et ne se colore plus ; les colonnettes musculaires de la cellule deviennent plus brillantes, sans perdre leur striation transversale.

Les lésions des fibres du cœur, aussitôt après la mort, provoquent les mêmes changements de structure ; il s'y ajoute encore la transformation hyaline, surtout aux extrémités des cellules musculaires, transformation qu'on appelle aussi épaississement de la substance unissante.

On trouve les mêmes stades d'altération dans la myocardite parenchymenteuse aiguë d'Hayem. On la trouve également dans la myocardite chronique et particulièrement dans ce que Virchow et Ziegler ont décrit sous le nom de ramollissement partiel du cœur.

Cette myocardite parenchymateuse ressemble entière-

ment à la polymyosite (pseudotrichinose) des muscles striés des corps, qu'on pourrait aussi désigner sous le nom de myosite parenchymateuse.

La cause immédiate de toutes ces altérations des fibres musculaires se trouve probablement dans l'excès ou l'irrégularité de leurs propriétés contractiles. La cause médiate de la myocardite chronique, parenchymateuse (rhumatismale de Virchow) doit être attribuée à l'ischémie résultant de l'occlusion des gros rameaux des artères coronaires.

Des troubles vasomoteurs, des contractions des petits ramuscules artériels contractiles, peuvent peut-être déterminer la segmentation des fibres musculaires dans la myocardite parenchymateuse aiguë ; mais il a été impossible, dans certains cas de cette maladie, de démontrer une occlusion durable ou une altération inflammatoire des parois de ces vaisseaux.

Dans la myosite parenchymateuse, il a été également impossible de trouver des lésions des artères. L'anémie générale, l'anémie progressive, pas plus que la pléthore ou l'hyperémie veineuse, ne peuvent être la cause de l'affection, bien que ces affections prédisposent à la dégénérescence graisseuse des muscles du cœur.

Les modifications anatomiques des nerfs et des ganglions du cœur sont trop peu connues pour qu'on puisse essayer de chercher dans leur altération une cause de la myocardite.

**Sur l'inflammation.** — MM. Charrin et Gamaléia (de Paris). Nous avons poursuivi les recherches dont nous avons déjà rendu compte en partie, recherches qui ont trait à l'inflammation envisagée d'une façon générale. Nous avons reconnu que l'on peut atténuer ou retarder l'inflammation que provoque l'huile de croton appliquée sur l'oreille d'un lapin, en injectant dans la circulation générale des produits solubles microbiens (produits du vibrion de Metchnikoff, du bacille pyocyanique, etc.) ou même des subtances nullement bactériennes, de l'eau salée à 8 0/0 par exemple. L'action porte non seulement sur la diapédèse, mais encore sur les exsudations plasmatiques ; sa durée ne dépasse guère cinq ou six heures et, pour prolonger les effets, il convient de renouveler les doses. Tous les corps n'ont pas cette propriété Ainsi, la papaïne, qui pourtant favorise l'infection, n'empêche pas la sortie des globules blancs.

Il est probable, d'après les expériences que l'un de nous a réalisées avec M. Gley et d'après ce que nous avons nous-mêmes constaté, qu'il s'agit là d'une influence sur les centres vasomoteurs.

**Mesures à prendre contre la diphthérie.** — M. Roux (de Paris). 1° Pour arrêter la propagation de la diphthérie, il faut reconnaître la maladie le plus tôt possible. On ne saurait donc trop recommander l'emploi des moyens bactériologiques, qui permettent un diagnostic rapide et précis ;

2° Le virus diphthérique actif pouvant persister longtemps dans la bouche, après que la maladie est guérie, il ne faut rendre les diphthériques à leur vie ordinaire, qu'après s'être assuré qu'ils ne sont pas porteurs du bacille ;

3° Le virus diphthérique se conservant longtemps à l'état sec, surtout à l'abri de la lumière, il est nécessaire de passer à l'eau bouillante ou à l'étuve tous les objets qui ont été en contact avec les diphthériques. Il faut désinfecter les linges, les couvertures, etc., avant leur transport au blanchissage.

Les logements où il y a eu des diphthériques, les voitures qui ont transporté des diphthériques, doivent être désinfectés.

Les parents, qui visitent leurs enfants diphthériques internés dans les hôpitaux, rapportent souvent les germes de la maladie dans leur famille. Ces visites doivent être aussi rares que possible. Avant de permettre l'entrée des salles aux personnes étrangères au service, il faut les obliger à revêtir un habit spécial qui recouvrira leurs vêtements et qu'elles quitteront à la sortie. Il faut exiger aussi qu'elles se désinfectent la figure et les mains.

Les enfants des écoles doivent être souvent examinés au point de vue de l'état de leur gorge, surtout quand il s'est produit un cas de diphthérie parmi eux.

4° Dans les affections de la gorge, surtout chez les enfants, et notamment dans les angines rubéoliques et scarlatineuses, il faut, dès le début, pratiquer des lavages antiseptiques fréquents de la bouche et du pharynx.

## 5e SECTION : PATHOLOGIE MÉDICALE

**Causes et traitement du diabète sucré.** — MM. de Renzi et E. Reale (de Naples) formulent ainsi les conclusions de leurs expériences : Le diabète peut être provoqué par l'extirpation de certains organes : le pancréas, le duodénum, les glandes salivaires. La glycosurie consécutive à l'ablation du pancréas ne survient que dans 75 0/0 des cas. Il est probable qu'il existe dans l'organisme un ferment qui se trouve en quantités variables dans différents organes et qui empêche la transformation du sucre. Le traitement doit être diététique : le régime végétal (légumes verts) ou un régime animal.

**L'infection par les plaies comme cause de certaines formes de pneumonie fibrineuse.** — MM. Babès et Stoicescu (de Bucarest) ont examiné neuf cas de pneumonie de forme atypique et septique. Dans six de ces cas, ils ont constaté, pendant la vie, ou seulement à l'autopsie, des plaies d'ancienne date.

Il s'agissait de suppuration ou de gangrène à marche lente et à symptômes peu apparents, siégeant, ou au-dessus du foie, ou dans la région inguinale, ou aux cuisses. Chaque fois, on a pu suivre la progression lente du processus inflammatoire dans la direction des poumons, dont la partie la plus rapprochée a toujours été atteinte la première.

Dans tous ces cas, le poumon hépatisé renfermait les mêmes microbes que la plaie primitive, microbes ordinairement septiques pour les animaux (staphylococcus aureus, streptococcus, bacilles septiques). Le poumon renfermait aussi, à l'exception de deux cas, le microbe lancéolé de Pasteur.

Il est important, au point de vue de l'étiologie de la pneumonie, de constater ainsi la connexité intime qui peut exister entre l'infection par les plaies et certaines formes de pneumonie fibrineuse lobaire, à marche septique ; ces formes ne représentent qu'une manifestation de l'infection provenant de la plaie, associée ordinairement à une invasion secondaire du microbe de la pneumonie. Il ne sera pas non plus sans intérêt d'établir quelles sont les localisations et la nature des plaies qui menacent le poumon de cette pneumonie généralement fatale.

## 6e SECTION : MALADIES DES ENFANTS.

**Digestions pancréatiques artificielles chez l'enfant à l'état de santé ou de maladie.** — M. H. Gillet (de Paris). Les con-

ditions de fraîcheur des pancréas recueillis ont permis de faire, pour ainsi dire, de la physiologie sur l'homme. Chez deux enfants de 24 jours, morts de débilité congénitale, le suc artificiel était peu actif en général, mais l'amidon ne subissait une transformation en glycose chez l'un qu'imperceptible en 48 heures, chez l'autre ébauchée au bout d'une heure, sensible en 24 heures seulement. Dans un cas de 8 mois 1/2, l'amidon était réduit en 10 minutes. Dans une observation de lientérie, l'albumine n'était pas peptonifiée même au bout de 48 heures, l'amidon non saccharifié en 36 heures. Chez une petite fille de 53 jours morte de diarrhée bilieuse, réduction de l'amidon seulement en 24 heures; peptonification insignifiante. Des pancréas d'enfants morts de tuberculose, de rougeole suivie de diphtérie peptonifiaient et saccharifiaient. Ces faits vérifient l'absence de digestion de l'amidon dans les premiers mois, constatent la non peptonification des albuminoïdes dans les entérites lientérique et bilieuse, la persistance des propriétés pancréatiques dans des affections générales graves.

**Epidémie de paralysie infantile.** — M. Medin (de Stockholm) relate une épidémie de paralysie infantile qui s'est montrée à Stockholm, des mois de mai à novembre 1887, et qui a atteint 44 enfants. Dans la plupart des cas, il s'agissait de poliomyélite antérieure aiguë, avec parésie des différents nerfs (extrémités, facial, hypoglosse, spinal, nerfs oculaires).

Le début était presque toujours brusque. Ordinairement on constatait de la fièvre qui, dans quelques cas, dura plusieurs jours. Outre les parésies, on pouvait noter de la somnolence, des douleurs vagues, des convulsions, parfois aussi des troubles de la parole. A l'autopsie, on trouva des dégénérescences dans les nerfs ou les noyaux, analogues à celles de la moelle, et pendant la période aiguë, on constata de la congestion et de l'œdème des membranes d'enveloppe du cerveau.

Quant au traitement, l'isolement n'a pas donné de résultats satisfaisants, et le traitement médical n'a exercé aucune action sur la maladie.

## 7e SECTION : CHIRURGIE.

**Traitement chirurgical de l'invagination intestinale.** — M. Jonathan Hutchinson (de Londres) est le premier qui ait eu, il y a dix-sept ans, un succès par la laparotomie, mais depuis lors il a fait plusieurs interventions semblables dans les cas d'invagination sans obtenir de résultat favorable. Aussi sa communication a-t elle pour but beaucoup moins de donner son opinion personnelle que d'appeler les autres chirurgiens à donner la leur. Il n'y a aucune comparaison à établir entre le traitement par les insufflations, les injections d'eau et le taxis intra-abdominal d'une part, la laparotomie d'autre part Les premières sont des interventions bénignes auxquelles il faut toujours avoir recours avant de faire la laparotomie. Il est difficile de se rendre compte dans quelle proportion ces moyens en quelque sorte médicaux peuvent réussir. Le taxis intra-abdominal doit être fait prudemment, car il peut provoquer une rupture de l'intestin.

L'insufflation de gaz ou l'injection d'eau ont la même action, mais il préfère les injections d'eau. Il faut avoir soin de placer le malade tête basse de façon à annuler toute pression qui pourrait agir dans le sens de l'invagination. Chez les enfants très jeunes la laparotomie donne peu de succès; après un an elle doit néanmoins être tentée si les autres moyens n'ont pas réussi.

Quant au diagnostic, il est habituellement facile. Dans le cas où il présenterait quelque difficulté, il ne faudrait pas hésiter à endormir le malade, d'autant plus que le taxis sous chloroforme réussit mieux en général.

**Résection de l'estomac et des intestins. Pratique personnelle.** — M. Billroth (de Vienne), de novembre 1879 à juin 1890, a pratiqué 120 opérations sur l'estomac comprenant des pylorectomies et des gastroentérostomies. Parmi celles qui ont été pratiquées pour cancer il y a eu 12 guérisons et 15 morts; parmi les guéris, les récidives sont survenues au bout de 5 mois et ont entraîné la mort au bout de 5 mois, 7 mois, un an et demi, 2 ans et 2 ans et quart. Plusieurs malades vivent encore, dont l'un depuis un an et demi. Parmi les malades opérés pour rétrécissement cicatriciel, l'un est mort un mois après l'opération par suite d'un abcès de la paroi rompu dans le péritoine; un homme a vécu 5 ans et succomba à un ulcère rond. Les autres malades sont encore bien portants. Dans 3 cas le diagnostic de la nature du rétrécissement fut tellement difficile qu'il fut obligé de faire une incision exploratrice dans les parois de l'estomac avant de faire l'opération définitive. Ces 3 malades moururent.

28 cas de gastro-entérostomie pour cancer du pylore furent opérés, 14 morts, 14 guérisons. Les survies ont été de 1 à 14 mois.

Opérations sur l'intestin. 28 résections du cæcum pour cancer ou fistules ont donné 12 guérisons. Huit résections du colon ont donné 4 guérisons et 4 morts. Sept résections du rectum, pas de mort opératoire; dans deux cas seulement la réunion par première intention de la suture intestinale a été obtenue complète; dans les autres cas la partie postérieure de la suture a cédé et il s'est formé un anus artificiel.

Procédés opératoires. Il fait la suture isolée de la muqueuse à points séparés.

Comme causes de la mort, on note le collapsus dans 6 cas de pylorectomie et 9 cas de gastro-entérostomie ; la péritonite septique, consécutive à l'épanchement de matières intestinales dans le péritoine pendant les manipulations dans un certain nombre de cas. Dans d'autres cas, la mort est due à une péritonite par perforation, la suture ayant lâché.

La résection la plus difficile est celle de l'extrémité inférieur de l'S iliaque; Billroth l'a faite deux fois ; l'un de ces malades est mort immédiatement après l'opération, de collapsus, l'autre a vécu 5 jours.

En ce qui concerne le rectum, Billroth a eu un succès complet dans les deux derniers cas qu'il a opérés, grâce au procédé de suture qu'il emploie actuellement. Il place trois points analogues à ceux qu'on emploie dans la suture des nerfs et des tendons; dans leur intervalle des points séparés aussi rapprochés que possible, mais pas assez pour déterminer de la gangrène.

**Traitement de l'anus contre nature.** — M. Chaput (de Paris) lit un travail qui peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° La résection n'est jamais formellement indiquée dans le traitement de l'anus contre nature. On peut être amené à la faire quand le malade désire une guérison rapide, mais elle restera toujours un procédé d'exception;

2° Les anus contre nature accessibles doivent être traités par l'entérotomie, puis par l'oblitération de l'orifice;

3° Les anus contre nature inaccessibles comportent l'en-

térotomie employée avec précaution et le procédé de l'abrasion avec ligature en masse. Si l'on est obligé d'ouvrir le péritoine, on suturera l'intestin à la paroi afin de fermer la séreuse ;

4° Les anus avec éperon épais seront attaqués prudemment par des applications successives d'entérotome ;

5° Les anus siégeant sur l'intestin grêle et compliqués d'oblitération du bout inférieur indiquent la recherche de ce bout et son adduction à la peau. Dès lors, on n'a plus affaire qu'à un anus accessible qu'on traitera comme nous l'avons indiqué plus haut ;

6° Les cas compliqués d'oblitération du bout inférieur siégeant à l'ombilic, sur le côlon transverse, contre-indiquent l'adduction du bout inférieur à la peau (brièveté du mésentère). Je conseille de les traiter par l'entéro-colostomie iliaque par le procédé de la pince.

7° Les autres complications (éloignement des deux bouts, orifices multiples, échecs répétés des procédés anciens) n'exigent pas davantage la résection. On pourra toujours régulariser l'anus contre nature et le traiter ensuite comme un cas simple.

**Des indications de la lithotritie.** — M. Ern. Desnos (de Paris). Si beaucoup de chirurgiens étrangers préfèrent d'une manière générale la taille à la lithotritie, c'est qu'ils ne se rendent pas compte que cette dernière a bénéficié des progrès de l'antisepsie, autant que les opérations sanglantes. Il faut, pour la pratiquer, observer les mêmes précautions que pour les grandes opérations ; on peut se contenter d'une asepsie rigoureuse si la vessie et les reins sont sains ; s'ils suppurent, des antiseptiques et, en particulier, l'emploi de l'*iodoforme* sont nécessaires. Les indications de la lithotritie, ainsi pratiquée, sont des plus étendues ; les contre indications ne résident ni dans l'urèthre, ni dans la prostate, rarement dans le volume du calcul ; on les rencontre surtout, comme l'a montré M. Guyon, dans la vessie qui, lorsqu'elle est le siège d'une cystite intense, doit être traitée par l'ouverture permanente. Quand il y a une pyélo-néphrite, on peut opérer, si elle n'est pas à l'état aigu, et la lithotritie, qui représente un minimum de traumatisme, est mieux indiquée que la taille.

**Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire.** — M. J.-A. Fort (de Paris), sur 700 rétrécissements de l'urèthre qu'il a électrolysés, n'a eu à enregistrer aucun résultat fatal. Avec son électrolyseur, l'opération, bien faite, est inoffensive, rapide, non douloureuse, sans écoulement de sang, et elle n'exige pas de sonde à demeure. Il n'y a jamais d'accidents sérieux. Le premier malade qu'il a opéré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Richet, n'a jamais subi de cathétérisme depuis l'opération, qui fut pratiquée le 26 avril 1888. La guérison de ce cas se maintient parfaitement.

M. Fort a eu l'idée d'appliquer l'électrolyse linéaire aux rétrécissements de l'œsophage. Il a cité le cas remarquable d'une jeune fille ayant un rétrécissement si étroit qu'elle ne pouvait prendre que quelques gouttes de liquide. Elle était mourante. Un mois après, cette malade était guérie ; elle avait subi quinze séances d'électrolyse linéaire. Elle mangeait toutes sortes d'aliments et elle avait augmenté de 25 livres.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'électrolyse linéaire peut être appliquée à tous les rétrécissements ;

2° En raison de sa simplicité et de sa bénignité, et aussi en raison des récidives plus rares que dans les autres procédés opératoires, nous pensons que l'électrolyse linéaire doit être préférée à l'uréthrotomie, et constituer le procédé de choix dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre ;

3° Combinée à la dilatation, l'électrolyse linéaire donne d'excellents résultats dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage. Elle améliore certainement les rétrécissements organiques et elle guérit presque à coup sûr les fibreux ou cicatriciels, pourvu que ceux-ci se laissent traverser par une petite bougie destinée à guider l'électrolyseur.

**L'incontinence nocturne d'urine chez les enfants.** — M. Van Tienhoven (de La Haye). L'incontinence nocturne des enfants est causée par l'insuffisance du sphincter de la vessie, qui permet à l'urine de pénétrer dans la portion prostatique de l'urèthre ; et par l'action réflexe des fibres circulaires de la tunique musculaire de la vessie.

L'élévation du bassin, en empêchant l'urine de quitter la vessie et en évitant l'irritation de la portion prostatique de l'urèthre, est le meilleur mode de traitement.

## 7e SECTION *(bis)* : ORTHOPÉDIE

**Traitement précoce du pied bot congénital.** — M. Bilhaut (de Paris). Après avoir exposé quelques généralités sur le pied bot congénital, sa pathogénie, ses lésions anatomo-pathologiques et son traitement chirurgical, l'orateur émet l'avis que la cure de cette malformation serait des plus simples, si l'on n'avait la fâcheuse habitude de laisser s'écouler plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années, avant de s'occuper de cette difformité.

Pour M. le Dr Bilhaut, tout pied bot congénital devrait être soigné dès les premières semaines qui suivent la naissance. A cette époque, la réduction est facile ; elle n'exige aucune opération sanglante, aucune manœuvre de force. Quand le pied a été convenablement réduit, il faut le laisser plusieurs semaines dans sa nouvelle attitude.

Trente observations ont permis à l'auteur de poser les conclusions suivantes :

1° Le traitement le plus efficace contre le pied bot est le traitement précoce ;

2° Il est absolument inoffensif ;

3° Le redressement doit être complet, le pied doit être amené à l'angle droit et maintenu dans cette position jusqu'à guérison ;

4° Quand on fait l'immobilisation, on doit placer le pied dans une situation exactement semblable à celle du pied sain et ne pas transformer une déviation en une autre ;

5° Des divers appareils à employer, le plus utile, c'est le bandage roulé avec attelle contentive en gutta-percha ;

6° Chez le nouveau-né, les opérations sanglantes sont inutiles, parfois dangereuses, et le redressement manuel suffit.

## 8e SECTION : OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**Traitement des fibromes utérins et de l'ovaro salpingite suppurée par les courants continus.** — M. Georges Gautier (de Paris). La guérison symptomatique des fibromes est en rapport avec l'intensité électrique utilisée ; cette intensité est proportionnelle à la tolérance variable des malades ; le pôle positif est sans conteste, au-dessus de 100 milliampères, hémostatique et antiseptique ; l'action locale est secon-

daire alors que l'action interpolaire sur les fibrômes justifie la galvanocaustique intra utérine et surtout la galvanopuncture qui est le procédé de choix, car elle abrège la durée du traitement, augmente la régression des fibromes et diminue les récidives.

Il rappelle sa statistique ancienne de soixante-sept cas (mémoire lu à l'Académie de médecine de Paris, avril 1890) et rapporte vingt-huit cas nouveaux, en faisant observer que ses malades ont été soignées moins longtemps, que les premiers résultats ont été plus rapides, que la guérison symptomatique se maintient et que, dans deux cas, des masses énormes de fibro-myômes sous-péritonéaux ont diminué dans des proportions d'un tiers et que ces deux malades, après huit et douze séances, dont deux galvanopunctures à chacune, ont pu reprendre des occupations fatigantes. Il mentionne que le pôle positif produit, dans l'utérus, une cautérisation complète de la muqueuse qu'elle dessèche et que l'examen microscopique, après l'hystérectomie, démontre qu'à une dose très élevée (400 milliampères) la muqueuse seule est intéressée par cette cautérisation (Sneguireff) ;

Dans les ovaro-salpingites suppurées, il ne conseille que la galvanocaustique chimique négative, à faible intensité, de 20 à 80 milliampères. Ses malades, au nombre de huit, avaient consulté des chirurgiens qui, unanimement, conseillèrent la laparotomie ; sous l'influence du traitement galvanique, la suppuration a diminué ainsi que les douleurs, et la restauration des forces a été manifeste. Ces résultats, qui sont très récents, ne lui permettent pas de porter des conclusions et ils seront le but d'un prochain mémoire.

En résumé, d'après une pratique déjà longue, l'auteur donne la préférence à la galvanopuncture comme traitement de choix des fibromes de l'utérus, qu'il faut utiliser avec une antisepsie parfaite, et condamne les applications extra utérines, dont le *modus faciendi* repose sur une théorie fausse et dont les résultats sont illusoires.

9e SECTION : NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

**Contribution à l'étude de l'hématomyélie et de la syringomyélie.** — M. L. Minor (de Moscou) a réuni cinq cas personnels d'hématomyélie consécutive à des traumatismes. Il a pu suivre la marche de la maladie caractérisée dans la plupart des cas par des phénomènes de parésie avec troubles de la sensibilité à la température, analgésie, amyotrophie, décubitus et cystite. La sensibilité tactile reste indemne, dans un cas même elle se montrait exagérée. Dans deux cas, le traumatisme a été suivi de perte de connaissance : dans l'un d'eux, à la suite d'une blessure de la tête sans fracture ni luxations des vertèbres, s'est montrée une paralysie des extrémités, avec atrophie des muscles scapulaires (saillie des omoplates), thermo-anesthésie et analgésie. Dans un autre cas, l'atrophie portait sur le splénius avec tendance à la contracture à droite, hyperesthésie tactile à gauche, analgésie et thermo-anesthésie ; rétention d'urine, décubitus, cystite. Dans un cas où il n'y avait point eu de traumatisme portant sur le rachis, s'est montrée une paralysie des quatre membres avec mêmes troubles de la sensibilité que plus haut et intégrité des sphincters ; sensibilité tactile normale. Pour M. Minor, dans tous les cas, l'apparition subite des troubles doit faire penser à une hématomyélie ; ils ne peuvent être mis sur le compte d'un gliome central. L'auteur cite à l'appui de son opinion une observation de Kraft-Ebing et des faits anatomo-pathologiques dus à Cruveilhier. M. Minor dit ensuite un mot des rapports probables de l'hématomyélie et de la syringomyélie celle-ci étant la conséquence de la première. Il lit une observation de fracture du rachis avec paralysie des extrémités ; à l'autopsie, on trouva une hémorrhagie médullaire.

**Chirurgie du système nerveux central.** — M. V. Horsley de Londres) a traité par la trépanation quatre malades atteints de céphalalgie ancienne, dont l'une remontait à 15 ans. Dans tous les cas, la guérison a été complète et se maintient depuis plusieurs années. La trépanation a fait cesser ou diminuer le nombre des accès épileptiques chez ses malades. Chez un garçon de 10 ans il y a une amélioration très notable des facultés intellectuelles. Les interventions suivies de mort sont l'objet d'une étude spéciale ; elles sont au nombre de 10 et dues au choc ou à des méningites. Les affections qui avait motivé l'intervention chirurgicale sont des tumeurs cérébrales, des méningites septiques, deux cas d'hydrocéphalie et deux cas d'encéphalocèle. Pour 43 trépanations, le résultat opératoire a été bon. M. Horsley étudie ensuite les résultats de 18 opérations entreprises sur la moelle avec des résultats variables.

## NOUVELLES

**Faculté de médecine de Paris.** — Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de juin 1890 (1).

Mercredi 4 juin. — N° 216 (*). M. Janet (Jules) : Les troubles psychopathiques de la miction. Essai de psychophysiologie normale et pathologique. — N° 217 (*). M. Wickham (Louis) : Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et de certaines formes du cancer. Maladie de la peau dite maladie de Paget.

Jeudi 5. — N° 218. M. Paulin (Jean) : Du pied bot phlébitique. — N° 219. Corbisier (Charles) : Etude du mécanisme de la mort dans l'insuffisance aortique. — N° 220. M. Monmarson (Emile) : Aperçu historique et critique sur les diathèses. — N° 221. M. Bar (Louis) : Essai sur les nodosités sous-cutanées rhumastismale.

Du 6 au 10. — Pas de thèses.

Mercredi 11. — N° 222. M. Louazel (H.) : Contribution à l'étude de la maladie de Morvan. — N° 223. M. Ponchon (Arthur) : Quelques considérations d'ordre pratique sur les pleurésies purulentes.

Jeudi 12. — N° 224. M. Lancelin (Paul) : Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de la loi de Rommelaëre. — N° 225. M. Ragoneau (Joseph) : Les tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne et les laryngites striduleuses. — N° 226. M. Bergeret-Jeannet (Alfred) : Contribution à l'étude de la fonction rénale. — N° 227. M. Crève-Cœur (Charles) : Considérations générales sur la pathogénie du rhumatisme articulaire chronique. — N° 228 M. Legrand (Louis) : Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la vessie.

— N° 229. M. Aubert (Henri) : Du traitement des cancers du rectum par la méthode sacrée, méthode dite de Kraske.

Du 14 au 24. — Pas de thèses.

(1) Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mercredi 25. — N° 230. M. Saintu (Octave) : Étude critique de l'application du curettage de l'utérus au traitement des salpingites. — N° 231. M. Salmeron (Francisco) : De l'hystérie alcoolique — N° 232 (*). M. Baudouin (Marcel-Ed.) : Hystéropexie abdominale antérieure et opération sus-pubienne dans les rétro-déviations de l'utérus. — N° 233. M. Vaudey (J.-G.) : Plaies et ligature de la veine jugulaire interne.

Jeudi 26. — N° 235. M. Soulakis (Constantin) : Recherches expérimentales et cliniques sur le monochloral et le bichloral-antipyrine. — N° 235. M. Poirrier (J.) : Contribution à l'étude du purpura alcoolique. — N° 236. M. Cazes (Frédéric) : De la tension artérielle dans quelques états pathologiques. — N° 237. M. Wallerand (Henri) : Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de la langue noire pileuse.

**La Faculté de médecine de Toulouse.** — Ils vont bien, les Toulousains, et Montpellier n'a qu'à se bien tenir. Les Marseillais ont causé aux Montpelliérains une émotion dont ils ne sont pas près de se remettre, mais la compétition de Toulouse doit leur paraître bien plus grave encore.

Tous les journaux annonçaient ces jours derniers que M. Constans était allé inaugurer les bâtiments de la *nouvelle Faculté de médecine* de Toulouse et son dispensaire pour enfants malades.

D'autre part le *Temps* se fait envoyer de Toulouse la dépêche suivante :

Après l'inauguration du pont Saint-Michel, M. Constans a inauguré le dispensaire destiné aux enfants atteints de maladies aiguës et chroniques qui reçoivent dans cet établissement les soins nécessaires sans qu'ils aient à quitter leur famille. Il n'y a donc pas d'enfants en séjour, pas de salles de malades, pas de lits. Le fonctionnements du dispensaire consiste en consultations gratuites, pansements, opérations, hydrothérapie, etc. Ce dispensaire a été fondé par le bureau de bienfaisance qui a cédé un immeuble estimé 42,000 francs et par l'Etat, qui a alloué 40,000 francs. Le bureau de bienfaisance supporte les frais annuels. Le service médical sera fait par le personnel enseignant de la *Faculté de médecine*, car le dispensaire est concédé comme annexe des cliniques de la *future Faculté*.

On est tenace à l'ombre du Capitole et surtout on n'y doute de rien. Reste à savoir ce qu'on va dire à Montpellier.

**Val-de-Grâce.** — M. le médecin-inspecteur Weber, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, est nommé directeur de l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris. Il remplace M. Gaujot, admis dans la section de réserve.

**Faculté de médecine de Berlin.** — M. le docteur Jolly, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. Westphal, décédé.

**Corps de santé colonial.** — MM. Bonnefoy, Bouysson, Couan, Lenoir et Coppin, médecins de marine, sont désignés pour aller servir au Sénégal (Soudan Français) en remplacement de MM. Crozat, Delvay, Grall et Pierre, qui rentrent en France.

**Comité consultatif d'hygiène publique de France.** — Le comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni hier, sous la présidence de M. le docteur Brouardel.

M. Proust informe le comité que, d'après une nouvelle publiée dans le *New-York Herald*, M. le docteur Hamilton, chirurgien général des Etats-Unis, devait se rendre en Europe, à l'effet d'établir, auprès des consuls américains, des médecins ayant pour mission d'examiner les émigrants et d'empêcher l'embarquement des infirmes et des personnes atteintes de maladies contagieuses.

Un télégramme de notre consul à Fernambouc nous apprend que 4,000 cas de variole ont été constatés avec une moyenne de 15 à 20 décès par jour.

En Espagne, le choléra continue à s'étendre. Dans certains villages, la plupart des habitants s'enfuient laissant les malades sans secours.

A La Mecque et à Djeddah, la mortalité a été considérable. Du 10 au 15 août, on a constaté 427 décès à La Mecque, et 283 à Djeddah.

Le 12 août est parti de Djeddah le bateau *Malacca* pour Djebel-Tor, Smyrne, Constantinople avec 980 pèlerins turcs. Le 13 août est parti également de Djeddah le bateau *Rocca* pour Djebel-Tor et Smyrne avec 480 pèlerins turcs.

Les dépêches de Djeddah et de Tor montrent que l'épidémie présente un caractère de véritable gravité à Djebel-Tor. Un navire l'*Adana*, venant de Djeddah et chargé de pèlerins, est arrivé ayant eu 18 décès en traversée et 2 décès au débarquement. Depuis, une trentaine de décès cholériques ont été constatés à Djebel-Tor. Le campement est donc infecté.

En Egypte, la santé publique continue à être parfaite.

Le conseil sanitaire d'Alexandrie a prescrit des mesures défensives énergiques, sur la proposition du médecin sanitaire de France. Les embarquements clandestins de pèlerins doivent être activement surveillés, et un croiseur doit empêcher tout débarquement des pèlerins qui voudraient échapper aux mesures d'isolement et d'assainissement. Ces mesures sont bien combinées. Il est à craindre toutefois que l'administration sanitaire égyptienne ne puisse disposer de moyens de désinfection suffisants. Cependant le conseil sanitaire a prescrit l'acquisition de trois étuves à désinfection à vapeur sous pression. La protection de l'Europe dépend évidemment du gouvernement égyptien. Si un navire infecté franchissait le canal de Suez, la Méditerranée et l'Europe seraient très compromis.

Le choléra continue également à régner en Mésopotamie. Les télégrammes annonçant qu'il avait franchi la frontière russo-persane n'ont heureusement pas été confirmés.

Toutes les puissances continuent à se défendre énergiquement ; le gouvernement portugais a prescrit une quarantaine de 7 jours à Marvar et à Elvar, sur la frontière de terre qui sépare l'Espagne du Portugal, et le gouvernement italien vient de prescrire 15 jours de quarantaine de rigueur à Massaouah.

M. Proust, dans l'inspection qu'il vient de faire à la frontière franco-espagnol, a constaté que nos divers postes sanitaires fonctionnaient convenablement. Dans les postes établis sur les lignes ferrées, la visite des bagages sera double ; elle sera d'abord opérée par les agents du service sanitaire et complétée par les agents du service des douanes, ainsi que cela se pratiquait déjà à Cerbère.

M. Proust prie le comité de voter des remerciements à tous ceux qui prennent part à ce service : médecins, commissaires spéciaux, agents des douanes, agents des chemins de fer. Il demande que des remerciements particuliers soient adressés aux étudiants, qui, répondant spontanément à l'appel qui leur a était fait, ont délaissé leurs travaux et leur foyer pour venir s'enfermer dans des postes isolés où ils savent pouvoir être utiles.

Le comité a émis le vœu d'adresser ces remerciements.

**Le choléra.** — On a constaté, dans les provinces d'Alicante, de Badajoz, de Tolède et de Valence, 239 cas de choléra et 56 décès.

D'autre part, on télégraphie de Madrid :

Les progrès du choléra continuent. La semaine dernière a été mauvaise dans les provinces de Tolède et de Tarragone. L'épidémie se développe sur le littoral de la Méditerranée entre Valence, Tortosa et Tarragone. Dans la province de Tolède, l'épidémie gagne les villages sur le Tage, au-dessous de Tolède, ce qui fait craindre que le choléra ne s'avance vers Aranjuez, qui est aux portes de la capitale.

M. Canovas est d'avis que la régente et la famille royale doivent prolonger leur séjour dans les provinces basques si le choléra gagne Madrid, où l'état sanitaire est peu satisfaisant. On a constaté la semaine dernière, 200 cas de petite vérole et 26 décès, ainsi que de nombreux cas de diphthérie.

D'après les dernières nouvelles de Chine et du Japon, le choléra ferait de redoutables progrès dans ces deux pays, principalement dans le second.

A Nangasaki et dans ses faubourgs, le nombre des cas constatés, à la date du 5 de ce mois, était de 1,534, celui des décès de 869.

Les autorités sanitaires du Cap viennent de déclarer que le port de Natal est infecté du choléra.

Le vapeur *Congella*, rapatriant des immigrés de Madras, arrivé lundi dernier à Durban, a eu huit passagers qui sont morts à bord de la diarrhée.

Six autres ont été atteints après débarquement, et l'un d'eux est mort. La commission d'enquête a déclaré que cet individu avait succombé au choléra. A la suite de cette constatation, les immigrés ont été isolés.

Aucun nouveau décès ne s'est produit depuis mardi.

En Allemagne, la *Gazette de la Croix* du 27 août signale plusieurs décès suspects et présentant les symptômes du choléra, qui auraient été constatés dans des villages du cercle d'Ohlau, en Silésie.

En Egypte, enfin d'enrayer le développement de l'épidémie cholérique, le gouvernement égyptien a résolu d'établir un second poste de quarantaine à Rasmallah, dans le golfe de Suez.

Une dépêche du Caire, du *Times*, signale une diminution de l'épidémie cholérique. Le nombre des décès à Djeddah a été de 26 samedi, de 15 dimanche et de 13 lundi. A la Mecque, pour ces trois jours, il n'y a eu que deux décès.

**Statistique du corps médical suisse.** — D'après le dernier recensement, il existait, au 1er janvier 1889, 1,530 médecins dont 10 du sexe féminin, exerçant sur le territoire de la Confédération ; on comptait : 217 dans le canton de Zurich, 204 dans celui de Berne, 104 dans celui de Vaud, 125 dans celui de Saint-Gall, et 108 dans celui de Genève, le surplus partagé entre les autres cantons moins populeux. Il existait, à cette date, 459 pharmaciens et 3,095 sages-femmes.

**Les phoques du Groënland dans le Périgord.** — M. Albert Gaudry rappelle au souvenir de l'Académie des sciences, qu'il a — il y a plusieurs années déjà, — soumis à l'examen de la compagnie un bâton de commandement datant de l'âge du renne sur lequel était gravé fort artistement, et par une main nettement habile, l'image d'un phoque, le *phoca Groenlandica*, des mers du Nord. Ce bâton, aujourd'hui déposé au muséum, établissement auquel il a été généreusement offert par M. Peignon, avait été découvert par ce dernier, dans les grottes de Montgaudier (Charente).

Ces temps derniers, un autre paléontologue, M. Hardy, en fouillant les grottes de Raymonden, près Périgueux (Dordogne), a trouvé au milieu de débris provenant des restes d'animaux, un fragment fort bien conservé de phoque du Groënland, ainsi que quelques os provenant d'oiseaux de l'extrême Nord.

Cette nouvelle découverte est très intéressante pour la science, car elle prouve que le phoque, que nous désignons sous le nom de phoque du Groënland, animal qu'on trouvait encore quelquefois au siècle dernier au nord de l'Écosse et qu'on ne voit plus aujourd'hui que sur les côtes de Laponie, du Kamtchatka et du Spitzberg, a habité les campagnes du Périgord, et qu'à l'époque quarternaire de grands froids ont régné dans ces régions qui jouissent aujourd'hui d'un climat si tempéré.

D'un autre côté, la découverte, en Périgord, du maxillaire et de quelques autres menus fragments du *phoca Groenlandica* prouvent encore que c'est bien un animal de cette espèce, animal que nos pères chassaient et dont ils se nourrissaient, que l'artiste du premier âge a représenté sur le bâton de commandement dont nous avons parlé.

Bulletin de la mortalité *du* 10 *au* 16 *août* 1890. — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 1. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 10. — Coqueluche, 9 — Diphtérie, Croup, 27. — Phthisie pulmonaire, 157. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses 49. et autres, 5.

Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 27. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 35.

Bronchite aiguë 14, chronique, 15. — Broncho-pneumonie 2 pneumonie, 18.

Gastro-entérite : Sein, 24 biberon 148.

Diarrhée au-dessus de 5 ans. 6.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 17. — Suicides 18. autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 152. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 881. — Résultat de la semaine précédente : 906.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**L'enseignement au collège de chirurgie**, depuis son origine jusqu'à la Révolution Française, par le Dr A. Corlieu. — Paris ; J.-B. Baillière, 1890, in-8°. Prix : 2 fr.

**PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferran, *Traité de médecine*, 1887).

**ANÉMIE, CHLOROSE.** Dragées **Cézard**, ne *constipent pas*.

**L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques** (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

**VIN DE BAYARD pepto-phosphaté**, le plus puissant reconstituant.

*Le Gérant :* A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.